(miejscowość, data)

       
(imię i nazwisko)

|  |
| --- |
| **Powiatowy Zespół**  **do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności  w Poznaniu**  **ul. Słowackiego 8**  **60-823 Poznań** |

       
(ulica, nr domu, nr mieszkania)

(kod pocztowy, miejscowość)

(nr PESEL)

**OŚWIADCZENIE o zrzeczeniu się prawa do wniesienia odwołania.**

Ja, niżej podpisany zgadzam się z treścią orzeczenia o niepełnosprawności / stopniu niepełnosprawności Powiatowego Zespołu do Spraw Orzekania o Niepełnosprawności w Poznaniu  
z dnia       nr sprawy:      .

Jednocześnie zgodnie z art. 127a § 1 i 2 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego zrzekam się prawa do wniesienia odwołania.

................................................

(czytelny podpis)